

Лекция №3.

Диагностика, лечение, уход и питание инфекционных больных

План лекции №3

1. Значение диагностики
2. Жалобы, сбор анамнеза
3. Анамнез болезни, эпидемиологический анамнез, анамнез жизни
4. Объективное (клиническое) обследование
5. Лабораторная диагностика
6. Лечение
7. Особенности ухода и питания

Диагностика

- Диагностика инфекционных болезней базируется на всестороннем и систематическом изучении больного, которое включает *сбор анамнеза* (в том числе болезни, жизни и эпидемиологического), *объективное динамическое обследование* органов и систем, *анализ результатов* лабораторного и инструментального исследования больного.

Диагностика

- Значение диагностики как процесса распознавания болезней состоит в том, что ранний, точный, исчерпывающий и максимально конкретный диагноз является основой для проведения *рациональной и эффективной терапии*, позволяет в большинстве случаев предсказать возможные варианты дальнейшего течения и исходов заболевания, а в инфекционной патологии служит еще и исходным моментом в проведении своевременных и направленных *противоэпидемических и профилактических мероприятий*.

Анамнез болезни (Anamnesis morbi)

- Должен быть собран подробно и активно. Нельзя ограничиваться рассказом больного – необходимо его расспросить. При опросе следует установить особенности начала заболевания (острое или постепенное), наличие озноба и лихорадки, степень повышения температуры тела, ее колебания, характер диспепсических явлений, локализацию и интенсивность болей (головных, абдоминальных, в мышцах, суставах), нарушение сна и др.

Эпидемиологический анамнез

- Это полноправный и в определенной степени специфический метод обследования при распознавании инфекционной болезни, он имеет особое значение, т.к. позволяет получить данные о месте, обстоятельствах и условиях, при которых могло произойти заражение, а также о возможных путях и способах передачи возбудителя инфекции другим лицам. Особую ценность имеют анамнестические указания на контакт заболевшего с больным той или иной инфекцией, общение (в том числе профессиональное) с животными – возможными источниками возбудителя, пребывание в эндемическом или эпизоотическом очаге.

Контакт с переносчиками инфекций



Контакт с животными



Контакт с животными



Анамнез жизни (anamnesis vitae)

- Не менее необходимо выяснение вопросов, связанных с условиями быта, отдыха и питания больного, образа жизни, а также получение указаний на укусы насекомых и животных, ранения, травмы, операции, гемо– и серотрансфузии и другие лечебные вмешательства, сопровождающиеся нарушением целостности кожных покровов.
Исключительно важны сведения о перенесенных в прошлом инфекциях, проведенных профилактических прививках, возможных поствакцинальных осложнениях и данные о применении больным сывороточных препаратов, иммуноглобулинов, глюкокортикостероидов, цитостатиков, антибактериальных средств и т.п.
Кроме того, важно собрать аллергологический анамнез.

Клиническое обследование

- Следует проводить в определенном порядке.

В первую очередь необходимо оценить состояние больного (сохранение сознания и психического равновесия, затемнение и степень потери сознания, заторможенность или возбуждение, эйфория, адекватность поведения).

При осмотре кожных покровов учитывают окраску кожи (бледность, гиперемия, желтушность), влажность, характер и выраженность дермографизма, наличие или отсутствие сыпи (экзантемы). Если обнаружена сыпь, нужно выяснить сроки ее появления, обратить внимание на локализацию, распространение, характер высыпных элементов (розеолы, петехии, папулы, везикулы, пустулы), скопление их на определенных участках тела.

Высыпания на лице, ангина, «бледный носогубный треугольник» при скарлатине

ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Клиническое обследование

- Очень важно осмотреть конъюнктивы, слизистые оболочки рта и зева. При этом можно обнаружить инъекцию сосудов склер, гиперемия слизистых оболочек, энантему. Обычно энантема предшествует экзантеме, поэтому ее выявление способствует более ранней диагностике заболевания. При некоторых инфекционных болезнях (дифтерия, скарлатина, инфекционный мононуклеоз и др.) закономерно развиваются изменения слизистой оболочки зева и миндалин. В этих случаях обращают внимание на степень гиперемии и отека слизистой оболочки, характер их границ, а при наличии налетов – на их локализацию, распространенность, цвет, консистенцию, характер поверхности.

Клиническое обследование

- Для распознавания некоторых инфекционных болезней большое значение имеет обнаружение увеличенных лимфатических узлов: возможно увеличение отдельных узлов (при туляремии) или множественное увеличение их (при бруцеллезе, инфекционном мононуклеозе, краснухе, ВИЧ-инфекции). Для диагностики важна оценка величины узлов, их консистенции, болезненности, смещаемости.

Объективное обследование внутренних органов

- Проводится в определенном порядке (сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная, система крови, иммунная, мочевыделительная, нервная система, опорно-двигательный аппарат).
Большое значение в диагностике инфекционных болезней имеет правильная оценка картины периферической крови – гемограммы. Совокупность всех показателей гемограммы, рассмотренная в связи с клинической картиной заболевания, – важное подспорье в распознавании многих инфекций (инфекционный мононуклеоз, коклюш, брюшной тиф, вирусный гепатит и пр.). Это касается и урограммы, которая часто помогает установлению диагноза (лептоспироз, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом).

СИМПТОМ

- Это любой признак болезни, доступный определению независимо от метода, который для этого применяется. Существенные для диагностики признаки болезни выявляются как при непосредственном обследовании больного, так и с помощью лабораторно-инструментальных методов.
- В инфекционной патологии большая часть симптомов относится к так называемым **неспецифическим, или общим**: повышение температуры тела, озноб, рвота, нарушение сна, снижение аппетита, слабость и т.д. Все они в той или иной мере встречаются почти при всех инфекционных болезнях, поэтому не могут иметь решающего значения в установлении диагноза.

Патогномоничные симптомы

Очень велика ценность *патогномоничных симптомов*, т.е. симптомов, свойственных только одной нозологической форме и не встречающихся ни при каких других болезнях. Классическими примерами служат:

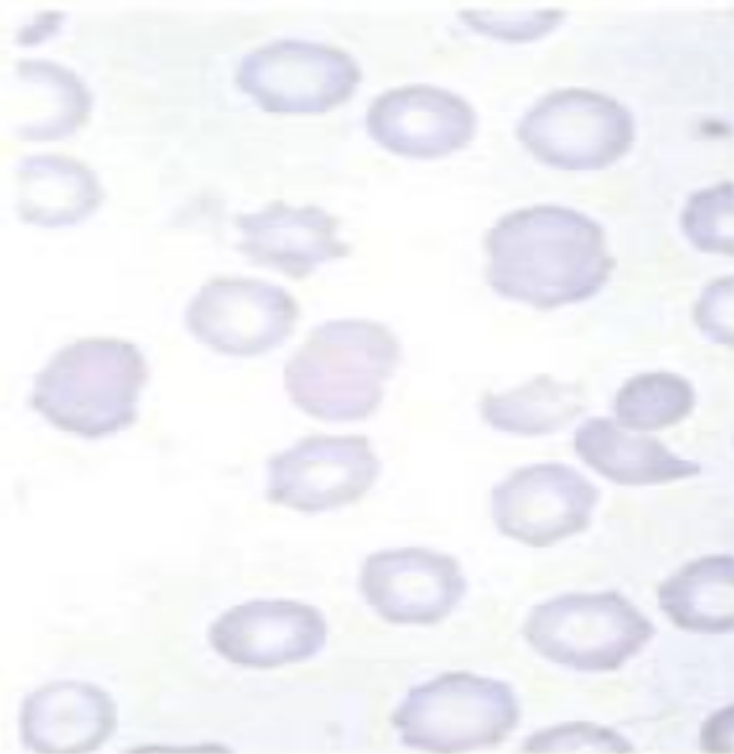
пятна Филатова — Коплика на слизистой оболочке рта при кори,
судорожный кашель с репризами при коклюше,
опистотонус при столбняке,
звездчатая геморрагическая экзантема при менингококковой
инфекции (менингококкемия),
везикулезная сыпь по ходу нервных стволов при herpes zoster,
«водобоязнь» при бешенстве и др.

Выделение того или иного возбудителя из крови или экскретов и экскрементов больного также можно считать патогномоничным симптомом заболевания, как и выявление специфических антигенов возбудителя в биологических средах.

Геморрагическая сыпь при менингококковой инфекции



68



69



Столбняк новорожденного



Тризм и risus sardonicus

«Сибирезязвенный карбункул»



Патогномоничные симптомы

- Патогномоничны и такие симптомы, как выявление диагностического титра антител при постановке различных серологических реакций и особенно нарастание титра антител в динамике инфекционного процесса.
- В ряде случаев установление точного нозологического диагноза базируется почти исключительно на выявлении симптома нарастания титра антител в парных сыворотках. В первую очередь это касается гриппа, клиническое отграничение которого от других острых респираторных заболеваний бывает крайне затруднительным, а вирусологическое распознавание в любом случае слишком трудоемким и длительным.

Промежуточные симптомы

Кроме неспецифических (общих) и патогномоничных симптомов, существует обширная группа признаков, по своему диагностическому значению занимающая между ними как бы промежуточное положение. Они встречаются при многих, в том числе неинфекционных, болезнях. Например, увеличение размеров печени может быть симптомом острого вирусного гепатита, хронических гепатитов, цирроза, стеатоза и рака печени, брюшного тифа, малярии, болезней крови, острой и хронической сердечной недостаточности и т.д. Спленомегалия – частый симптом инфекционных болезней. Увеличение селезенки с большим постоянством выявляется при брюшном тифе, малярии, висцеральном лейшманиозе, сепсисе, реже при вирусном гепатите и инфекционном мононуклеозе и почти никогда не встречается при гриппе. Наряду с этим спленомегалия может указывать на патологию системы крови, реже на новообразование в самой селезенке и тромбоз или эмболию селезеночных сосудов и т.д. К этой же группе симптомов можно отнести судороги, различные боли в животе, тенезмы, диарею, изменение гемо- и урограммы, биохимические сдвиги в сыворотке крови и т.п.

Синдром

синдром – сочетание признаков болезни(симптомов), обусловленных единым патогенезом:

- **интоксикационный,**
- **геморрагический,**
- **менингеальный,**
- **колитический,**
- **энтеральный,**
- **гепатолиенальный,**
- **синдром желтухи,**
- **холестаза и пр.)**

Исследование	Результат	Единицы	Референсные значения	Комментарий
<u>Клинический анализ крови</u>	.			
<u>Гематокрит</u>	31.4 *	%	35.0 - 45.0	РЕЗУЛЬТАТ ПРОВЕРЕН ДВАЖДЫ При исследовании крови на гематологическом анализаторе патологических клеток не обнаружено. Количество палочкоядерных нейтрофилов не превышает 6%
<u>Гемоглобин</u>	9.7 *	г/дл	11.7 - 15.5	
<u>Эритроциты</u>	3.20 *	млн/мкл	3.80 - 5.10	
<u>MCV (ср. объем эритроц.)</u>	98.1	фл	81.0 - 100.0	
<u>RDW (шир. распредел. эритроц.)</u>	15.9 *	%	11.6 - 14.8	
<u>MCH (ср. содер. Hb в эр.)</u>	30.3	пг	27.0 - 34.0	
<u>MCHC (ср. конц. Hb в эр.)</u>	30.9 *	г/дл	32.0 - 36.0	
<u>Тромбоциты</u>	185	тыс/мкл	150 - 400	
<u>Лейкоциты</u>	1.55 *	тыс/мкл	4.50 - 11.00	
<u>Нейтрофилы (общ. число), %</u>	35.5 *	%	48.0 - 78.0	
<u>Лимфоциты, %</u>	47.7 *	%	19.0 - 37.0	
<u>Моноциты, %</u>	14.2 *	%	3.0 - 11.0	
<u>Эозинофилы, %</u>	2.6	%	1.0 - 5.0	
<u>Базофилы, %</u>	0.0	%	< 1.0	
Нейтрофилы, абс.	0.55 *	тыс/мкл	1.56 - 6.13	
Лимфоциты, абс.	0.74 *	тыс/мкл	1.18 - 3.74	
Моноциты, абс.	0.22	тыс/мкл	0.20 - 0.95	
Эозинофилы, абс.	0.04	тыс/мкл	0.00 - 0.70	
Базофилы, абс.	0.00	тыс/мкл	0.00 - 0.20	
<u>СОЭ (по Вестергрену)</u>	13	мм/ч	< 20	

*Результат, выходящий за пределы референсных значений

Параметры	Норма для мужчин	Норма для женщин
Цвет	желтый, соломенно-желтый	
Прозрачность	прозрачная	
Запах	нерезкий	
Плотность	1,012-1,024 г/л	
Кислотность	рН меньше 7	
Белок	до 0,033 г/л	
Сахар	до 0,8 ммоль/л	
Билирубин	отсутствует	
Кетоновые тела	отсутствует	
Органический осадок	в норме в моче могут присутствовать единичные клетки плоского эпителия	
Неорганический осадок		
Эритроциты	0-1 в поле зрения	0-3 в поле зрения
Лейкоциты	0-3 в поле зрения	0-6 в поле зрения
Гиалиновые цилиндры	единичные	
Зернистые цилиндры	отсутствуют	
Восковые цилиндры	отсутствуют	
Бактерии	отсутствуют	
Грибы	отсутствуют	
Соли	отсутствуют	

Лабораторно-инструментальные методы

В диагностике инфекционных болезней используются и многочисленные лабораторно-инструментальные методы, среди которых важнейшее место занимают специфические методы:

- бактериологический
- бактериоскопический
- вирусологический
- иммунологический
- молекулярно-биологический
- серологический
- кожно-аллергические пробы
- биологический

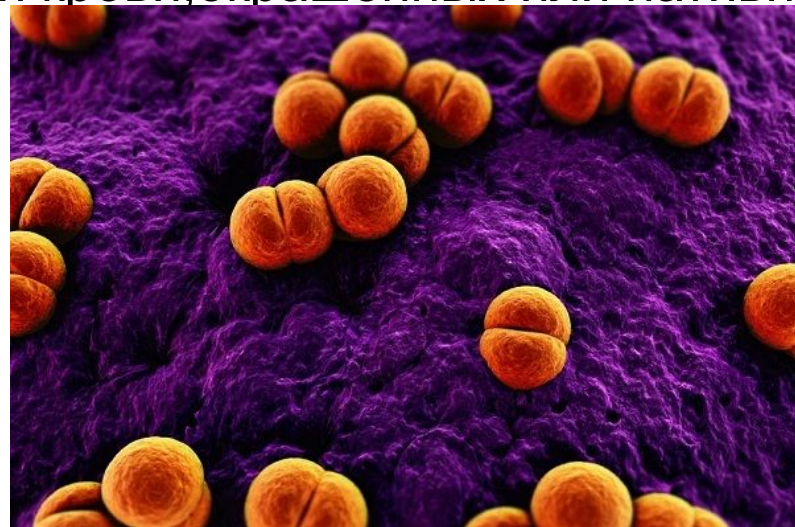
имеющие целью установление этиологического (нозологического) диагноза. Материал для специфических методов исследования в зависимости от характера, формы и периода болезни может быть самым разнообразным: кровь, спинномозговая жидкость, мокрота, фекалии, моча, дуоденальное содержимое, пунктаты и биоптаты органов, рвотные массы, отделяемое из язв, смывы со слизистых оболочек, трупный материал.

Лабораторно-инструментальные методы



Лабораторное обследование

- **Бактериологическое исследование** включает посев материала, взятого у больного, на питательные среды, выделение чистой культуры возбудителя и его идентификацию. Определение типовой принадлежности микроорганизма-возбудителя имеет эпидемиологическое значение при выявлении источника инфекции.
- **Бактериоскопическое обследование** основано на микроскопии толстой капли крови, окрашенных или нативных мазков.



Лабораторное обследование

- **Вирусологическая диагностика** по сравнению с бактериологической более сложна и трудоемка, что связано с особенностями биологии вирусов. Среди них наиболее важной является облигатный внутриклеточный паразитизм вирусов, что и накладывает отпечаток на методы их выделения с использованием тканевых культур или куриных эмбрионов.
- Как бактериологические, так и вирусологические исследования могут быть полными, ускоренными и экспрессными в зависимости от конкретной ситуации.
Практически важным представляется
- **экспрессный метод** диагностики инфекционных болезней с использованием иммунофлюоресценции (метод Кунса).
Иммунофлюоресцентная диагностика, основанная на специфическом свечении комплекса антиген—антитело, позволяет получить ответ через несколько минут после обработки препарата из первичного материала специфической флюоресцирующей сывороткой.

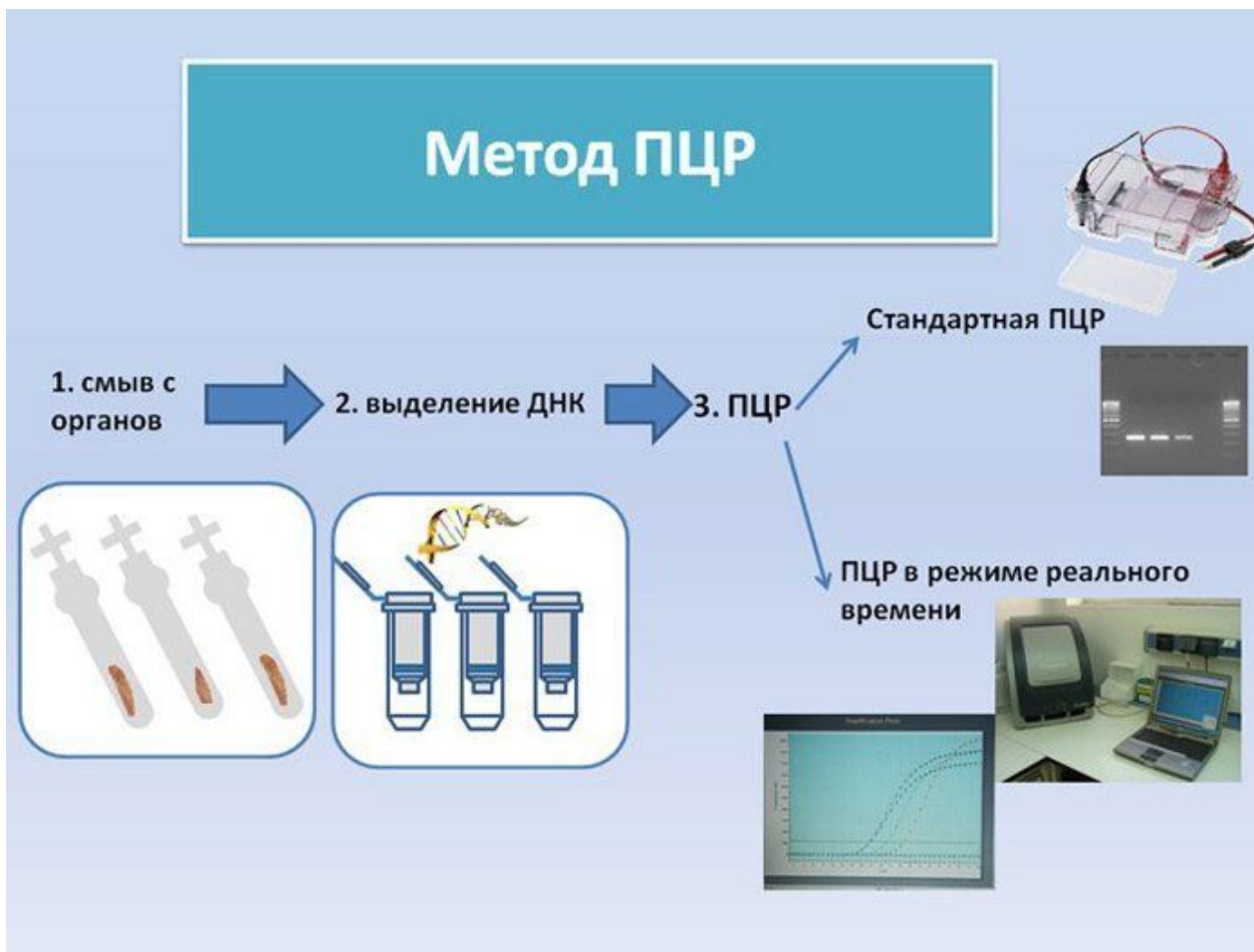
Лабораторное обследование

молекулярно-биологические методы диагностики: ДНК-ДНК-гибридизации и(или) полимеразной цепной реакции (амплификации).

Эта группа методов отличается исключительной, практически предельной чувствительностью, с их помощью можно обнаружить одну бактериальную клетку или вирус, если они присутствуют в материале.

иммунологические методы основаны на обнаружении антигенов возбудителей или антител к ним

молекулярно-биологический метод



Лабораторная диагностика

- К специфическим лабораторным методам диагностики, как указывалось выше, относятся и **серологические исследования**. В основе всех серологических реакций лежит взаимодействие антигена и антитела. В сыворотке крови инфицированного или иммунизированного организма антитела находятся в глобулиновой фракции и относятся к различным классам иммуноглобулинов. С диагностической целью серологические реакции применяют для обнаружения антител в сыворотке крови обследуемого больного, поэтому исследование проводится с заведомо известными антигенами.

Лабораторная диагностика

- Достоверные результаты серологической диагностики получают при изучении **«парных» сывороток** крови больных, взятой в первые дни болезни и через разные промежутки от начала заболевания. В этом случае удастся наблюдать динамику нарастания титров антител.
- При вирусных инфекциях лишь повышение титра антител во второй порции сыворотки в 4 раза и более имеет диагностическое значение.
- При бактериальных инфекциях наибольшее распространение получили реакции агглютинации, пассивной (непрямой) гемагглютинации, преципитации, связывания комплемента, при вирусных – реакции торможения гемагглютинации, связывания комплемента, задержки гемабсорбции, нейтрализации.

Лабораторная диагностика

- Широко используется **иммуноферментный анализ (ИФА)**, который предложен главным образом для специфической диагностики паразитарных и вирусных болезней. Высокая чувствительность и специфичность, низкая стоимость одного исследования, простота и доступность метода, объективность учета результатов реакции и быстрота получения ответа делают ИФА одним из лучших и надежных методов серологической диагностики многих инфекций.
- Разработаны и другие иммунологические методы диагностики инфекционных болезней: встречный иммуноэлектрофорез (ВИЭФ), радиоиммунный анализ (РИА) и др.
- Определение принадлежности антител к определенным классам иммуноглобулинов (IgM, IgG, IgA и др.) позволяет дифференцировать инфекционную болезнь от искусственной иммунизации, первичное инфекционное заболевание от повторного, уточнить фазу инфекционного процесса.

Метод постановки кожно-аллергических проб

- Диагностику ряда инфекционных болезней способствуют **кожные пробы с аллергенами**, полученными при соответствующей обработке культуры микроорганизма-возбудителя. Аллерген вводят внутрикожно или наносят на скарифицированную кожу. У больного, сенсибилизированного к данному виду микроорганизма, на месте введения специфического аллергена через 24—48 ч развивается воспалительная реакция (положительная проба).

Примером могут служить положительные внутрикожные реакции на тулярин (туляремия), туберкулин (туберкулез), бруцеллин (бруцеллез, проба Бюрне), малеин (сап), дизентерии (дизентерия, проба Цуверкалова), токсоплазм (токсоплазмоз).

Неспецифические методы диагностики

- Значительное место в диагностике инфекционных болезней занимают хорошо известные и апробированные лабораторно-инструментальные методы неспецифического характера (биохимические, эндоскопические, гистологические, радиоизотопные, ультразвуковые).

Лечение

- Лечение инфекционных больных должно быть комплексным, этиологически и патогенетически обоснованным и индивидуализированным с учетом состояния организма больного, тяжести и фазы болезни. При проведении комплексной терапии принимают во внимание все взаимосвязанные факторы, участвующие в развитии инфекционного заболевания. Используют различные лечебные средства, действие которых направлено на снижение активности возбудителя и нейтрализацию его токсинов, на повышение защитных сил организма в борьбе с инфекцией и др.

Лечение



Лечение: этиотропная терапия

Воздействие на возбудителя заключается в применении антибактериальных препаратов (химиотерапия, антибиотикотерапия), бактериофагов (фаготерапия), иммунных сывороток, специфических иммуно– или гамма-глобулинов (серотерапия), интерферонов.

При воздействии на организм используют препараты иммуномодулирующего действия, в качестве специфических – вакцины (вакциноterapia), а в качестве неспецифических – витамины, препараты крови (гемотерапия), пиримидиновые производные, цитомидины, глюкокортикостероидные гормоны и др

Лечение: патогенетическая терапия

Широко применяется в клинике инфекционных болезней патогенетическая терапия, направленная на коррекцию нарушений внутренней среды организма (восстановление водно-электролитного и белкового обмена, кислотно-основного равновесия, устранение печеночной, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, снижение и ликвидация аллергических проявлений и др.).

Лечение

Комплексная этиологическая и патогенетическая терапия требует рационального и обдуманного подхода к выбору и назначению адекватных доз лечебных препаратов, которые лишь помогают больному организму и его собственным защитным силам (физиологическим приспособлениям, по С.П.Боткину) в ликвидации инфекционного процесса. Во избежание осложнений, применяя различные терапевтические приемы, необходимо учитывать «предел вмешательства в природу» (А.Ф.Билибин). Лечение конкретного больного в каждом случае требует учета периода, формы, тяжести течения болезни, развернутого патогенетического диагноза и оценки особенностей организма данного больного (возраст, реактивность, сопутствующие и перенесенные заболевания и др.). Тем самым современная медицина подтверждает и усиливает тезис о том, что «врачевание не состоит в лечении болезни. Врачевание состоит в лечении самого больного» (М.Я.Мудров

Значение режима, ухода и питания

Важными факторами в лечении инфекционных больных являются соблюдение режима, диетическое питание, гигиена тела, безупречное содержание предметов ухода, нательного и постельного белья, поддержание необходимого санитарного уровня помещения, где находится больной. Своеобразие многих инфекционных заболеваний, заключающееся в склонности к затяжному, рецидивирующему течению, обуславливает принцип преемственного лечения, который предусматривает период диспансерного наблюдения врачом общей практики и (или) врачом-инфекционистом кабинета инфекционных заболеваний поликлиники с целью предупреждения, раннего выявления и терапии рецидивов и осложнений, медицинской и социальной реабилитации перенесших инфекционное заболевание. В лечении инфекционных больных и особенно в их долечивании, реабилитации реконвалесцентов инфекций сохраняют свое значение так называемые нетрадиционные методы терапии: траволечение (при острых кишечных инфекциях, гриппе, ОРЗ), игло- и лазерорефлексотерапия (при синдроме холестаза, последствиях нейроинфекций), магнитотерапия (при затяжной реконвалесценции вирусного гепатита) и пр. Широко используется и богатейший арсенал физиотерапевтических средств.

Лечение

- Этиотропная терапия инфекционных больных. Из средств этиотропной терапии следует выделять препараты специфического действия, т.е. действия, направленного на один-единственный вид возбудителя. Это иммунные сыворотки, специфические иммуноглобулины, гамма-глобулины, лечебные вакцины, бактериофаги, химиопрепараты.
- Серотерапия. Применение иммунных сывороток в терапии инфекционных заболеваний было связано с открытием в 1884 г. возбудителей дифтерии и столбняка и разработкой технологии получения противодифтерийной и противостолбнячной сывороток. В дальнейшем стали широко использовать иммуноглобулины, полученные из сывороток крови переболевших или вакцинированных доноров или из плацентарной крови, а также гетерологичные гамма-глобулины, полученные из сыворотки крови гипериммунизированных животных. Различают сыворотки антитоксические и антибактериальные.

Лечение сыворотками

- Антитоксические сыворотки содержат специфические антитела против токсинов – антитоксины и дозируются антитоксическими единицами (АЕ). Действие их сводится к нейтрализации токсинов, вырабатываемых возбудителями. Антитоксическими являются противодифтерийная, противостолбнячная, противоботулиническая, противогангренозная, противосибиреязвенная сыворотки.
- Антибактериальные сыворотки содержат антитела против бактерий (агглютинины, бактериолизины, опсоины). В большинстве случаев сыворотки вводят внутримышечно и лишь в особых случаях внутривенно.

Лечение сыворотками

- Эффект от применения сыворотки зависит от дозы и сроков ее введения. Чем раньше от начала заболевания введена сыворотка, тем лучше результат. Это обусловлено тем, что сыворотка хорошо инактивирует свободно циркулирующий в крови токсин. Продолжительность циркуляции его ограничена 1—3 днями, в дальнейшем он связывается клетками и тканями.

Иммуноглобулины и гаммаглобулины

В лечении больных некоторыми инфекционными заболеваниями большое место занимают иммуноглобулины и гамма-глобулины. Они имеют высокую концентрацию антител, лишены балластных белков, лучше проникают в ткани и пр. Гомологичные иммуноглобулины можно вводить без предварительной гипосенсибилизации больного к чужеродным белкам, гетерологичные гамма-глобулины — только после соответствующей подготовки больного (как при введении гетерологичных сывороток). В настоящее время лечебная практика располагает иммуноглобулинами (гамма-глобулинами) против натуральной оспы, гриппа, кори, клещевого энцефалита, стафилококковой инфекции, сибирской язвы, лептоспироза, коклюша, герпетической инфекции и других заболеваний.

Осложнения при серотерапии инфекционных больных

Могут быть двух видов – анафилактический шок и сывороточная болезнь. Шок развивается сразу после введения сыворотки или гамма-глобулина. Сывороточная болезнь развивается спустя 5—12 дней после введения препарата. Клинически она проявляется лихорадкой, отеком слизистых оболочек, лимфаденитом, пятнисто-папулезной сыпью и зудом в местах экзантемы; возможны радикулиты, невриты, синовиты. Заболевание длится около 6—12 дней, прогноз обычно благоприятный. Иногда реакция на сыворотку может быть только в месте ее введения в виде отека, гиперемии без повышения температуры тела. В последние годы в связи с использованием высокоочищенных сывороток и полученных из них иммуноглобулинов и гамма-глобулинов это осложнение встречается редко. Во избежание осложнений (особенно анафилактического шока) в ответ на введение гетерологичных сывороток и гамма-глобулинов необходимо неукоснительное соблюдение соответствующих правил.

Лечение химиотерапевтическими средствами

- Основные принципы антибиотикотерапии инфекционных болезней сводятся к следующему.
- 1. Выделение и идентификация возбудителей заболеваний, изучение их антибиотикограмм.
- 2. Выбор наиболее активного и наименее токсичного препарата.
- 3. Определение оптимальных доз и методов введения антибиотика.
- 4. Своевременное начало лечения и проведение курсов химиотерапии (антибиотикотерапии) необходимой продолжительности.
- 5. Знание характера и частоты побочных явлений при назначении препаратов.
- 6. Комбинирование антибактериальных препаратов с целью усиления антибактериального эффекта, улучшения их фармакокинетики и снижения частоты побочных явлений.

Осложнения при химиотерапии

По данным А.Ф. Билибина, в процессе лечения инфекционных больных химиопрепаратами могут возникать три вида осложнений:

- аллергические реакции,
- эндотоксические реакции (после введения ударных доз антибиотиков и зависят от массивного распада бактериальных клеток с освобождением эндотоксинов),
- дисбактериоз.

Аллергические реакции, наблюдаемые наиболее часто, проявляются капилляротоксикозом, катаральными изменениями слизистых оболочек, дерматитами, отечным синдромом. Возможно поражение сердца (аллергический миокардит), легких и бронхов (бронхиты и пневмонии, инфильтраты Леффлера), печени (гепатиты).

Иногда в ответ на введение лекарств возникает анафилактический шок. Он может развиваться в ответ на введение антибиотиков (как и на введение других лекарственных средств) вследствие образования комплекса препарат – протеин.

Патогенетическая терапия

Методы и средства патогенетической терапии играют очень важную роль в лечении инфекционных больных, а при холере, например, именно они определяют исход заболевания.

Принципы патогенетической терапии разработаны в последние годы достаточно полно и основаны на результатах детального изучения важнейших характеристик гомеостаза и закономерностей его нарушения при инфекционных болезнях.

Патогенетическая терапия проводится с учетом показателей кислотно-основного состояния, минерального и водного обмена, реологических свойств крови, иммунного статуса организма, расстройств микроциркуляции в органах и тканях и т.д. Среди препаратов патогенетической направленности первое место занимают дезинтоксикационные и корригирующие средства в форме коллоидных и кристаллоидных растворов.

Патогенетическая терапия

- Среди препаратов патогенетической направленности первое место занимают дезинтоксикационные и корригирующие средства в форме коллоидных и кристаллоидных растворов. К коллоидным относятся растворы поливинилового спирта (полидез, поливинол), поливинилпирролидона (гемодез, гемовинил, перистон, неокомпенсан), частично гидролизованного декстрана (полиглюкин, реополиглюкин, макродекс, реомакродекс), а также желатиноль, альбумин, протеины и т.д. Среди кристаллоидных растворов наибольшее применение находят растворы Рингера, «Дисоль», «Трисоль» (раствор Филлипса № 1), «Квартасоль», «Ацесоль», «Хлосоль», «Лактасол».

Патогенетическая терапия

- Кроме внутривенных кристаллоидных препаратов, большое распространение получили оральные полиионные растворы, предназначенные для дезинтоксикации, а также (в первую очередь) для регидратации и реминерализации – оралит, регидрон, цитроглюкосолан. В последние годы широкое применение в клинической медицине, в том числе в лечении инфекционных больных с выраженным интоксикационным синдромом, находят энтеросорбенты – энтеродез, полифепан, полисорб, лигносорб, активированные угли, ионообменные смолы. В особо тяжелых случаях (вирусные гепатиты, лептоспироз, менингококковая инфекция, сепсис и т.д.) в режиме интенсивной терапии и реанимации применяют и другие методы искусственного внепочечного очищения организма от токсинов (диффузионные, конвекционные, адсорбционные).

Неспецифическая стимуляция

- **Значительное место в лечении инфекционных больных занимают средства неспецифической стимуляции, иммунотерапии и иммунокоррекции. Показания к их назначению определяются особенностями патогенеза инфекционного заболевания, зависят от фазы и тяжести течения болезни, преморбидного фона, состояния специфических и неспецифических защитных факторов, выраженности аллергического и иммунопатологического компонента в патогенезе.**
- **Большинство препаратов, применяемых для иммунокоррекции, относятся к иммуностимуляторам (различные пирогены, производные пириимидина, левамизол, природные и синтетические полимеры) и иммуносупрессорам (антилимфоцитарная сыворотка, антилимфоцитарный иммуноглобулин, азатиоприн, или имуран, циклофосфан и т.п.).**
- **Все иммуотропные препараты могут быть использованы только под динамическим контролем показателей иммунитета и состояния неспецифической реактивности организма.**

Гормональная терапия

- Широкое применение в патогенетической терапии инфекционных больных нашли глюкокортикостероиды (гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон, триамцинолон и др.). Воздействуя на ткани как физиологические регуляторы обменных процессов, они предотвращают развитие чрезмерных воспалительных и аллергических реакций организма. Абсолютным показанием к глюкокортикостероидотерапии являются острая надпочечниковая недостаточность, которая может развиваться при многих инфекционных заболеваниях.

Принципы построения диеты при инфекционном заболевании

- Суточное количество белков при инфекционных заболеваниях дают примерно из расчета 1 г/кг массы тела. В основной стандартной диете оно составляет 85–90 г, из них 50-60% белков животного происхождения. Количество белков увеличивают при белково-энергетической недостаточности.
- Содержание жиров уменьшают до нижней границы физиологической нормы, так как жиры являются трудно перевариваемыми продуктами и могут вызывать диспепсические явления и метаболический ацидоз. В основной стандартной диете содержится 70–80 г жиров, из них 25–30% растительных. Животные жиры поступают в организм больного в составе молочных продуктов и сливочного масла, причем сливочное и растительное (до 10 г) масла следует добавлять в готовые блюда, а не использовать для жаренья.
- Общее количество углеводов должно соответствовать физиологической норме, а долю простых углеводов (моно- и дисахаридов) целесообразно увеличить. Сложные углеводы в рационе представлены овощами, фруктами, крупами и мучными изделиями. Ограничивают лишь продукты, усиливающие процессы брожения в кишечнике и содержащие грубую клетчатку.
- Поваренную соль ограничивают до 8–10 г/сут, но при значительных потерях натрия (с потом) количество поваренной соли увеличивают до 12–15 г/сут.
- Необходимо вводить большое количество жидкости (2–2,5 л) с целью дезинтоксикации.
- При острых инфекциях значительно возрастает потребность организма в витаминах.

Питание

- Особую ценность представляют витамины, которые тем или иным образом влияют на состояние иммунитета. Наиболее богаты витамином С шиповник, черная смородина, цитрусовые, облепиха. Пищевые источники витамина А: печень, икра зернистая белужья, желток яйца, масло сливочное, твердые сыры. Витамин В2 (рибофлавин) в большом количестве содержится в субпродуктах, дрожжах, миндале, сырах, яйцах, твороге. Витамин В6 (пиридоксин) содержится в субпродуктах, мясе, фасоли, сое, рисе, пшене, картофеле. D улучшает состояние противотуберкулезного и противогрибкового иммунитета. Пищевые источники витамина D: жир из печени рыб и морских животных, лосось, сельдь, скумбрия, икра, тунец, яйцо, сливки, сметана.
- Среди микроэлементов важнейшим для состояния иммунной системы является цинк, дефицит которого развивается при энтеритах, особенно у пациентов, злоупотребляющих алкоголем. Пищевые источники цинка: моллюски, грибы, яичный желток, печень, мясо. В бобовых, кунжуте, арахисе также много цинка, но он связан с фитиновой кислотой. Суточная потребность в цинке – 15–25 мг.

Лекция №4. Основные клинические синдромы при инфекционных заболеваниях

- План лекции
 1. Понятие о синдроме и симптомокомплексе
 2. Описание основных синдромов

Синдром

синдром – сочетание признаков болезни (симптомов), обусловленных единым патогенезом:

- **интоксикационный,**
- **геморрагический,**
- **менингеальный,**
- **колитический,**
- **энтеральный,**
- **гепатолиенальный,**
- **синдром желтухи,**
- **холестаза и пр.)**

Синдром

- Помимо диагностической ценности, выделение некоторых синдромов имеет большое значение для обоснования патогенетической терапии. В этом смысле различные синдромы имеют неодинаковую значимость. Например, интоксикационный синдром в той или иной степени выраженности встречается при всех инфекционных болезнях. Большую роль выявление синдрома интоксикации играет не в диагностике, а в оценке тяжести течения и прогноза заболевания. Но особенно велико значение правильной оценки этого синдрома в проведении комплексной патогенетической терапии (вплоть до неотложных, интенсивных и реанимационных мероприятий).

Современной медицине известно около 1500 синдромов и более 5000 болезней. Иными словами, одни и те же синдромы могут быть представлены в клинической картине самых разных заболеваний

Синдром

Иногда синдром представляет собой сочетание не только клинических симптомов друг с другом, но и лабораторных (биохимических) данных. Примером может служить желтуха, представляющая собой сочетание гипербилирубинемии и связанного с ней прокрашивания кожи и слизистых оболочек, экссудатов и транссудатов. Вместе с тем иктеричность кожи, не сочетающаяся с одновременным прокрашиванием слизистых оболочек и гипербилирубинемией, остается не более чем симптомом («ложная желтуха»), который встречается при гиперкаротинемии, может быть связан с применением риванола, пикриновой кислоты и т.д.

Симптомокомплекс

- Следовательно, синдром никогда не может полностью определять клиническую картину заболевания. Обычно можно выделить несколько наиболее постоянных и характерных для данной нозологической формы синдромов, которые и обуславливают симптомокомплекс болезни. Например, классическая клиническая картина дизентерии характеризуется симптомокомплексом, состоящим из проявлений колитического синдрома на фоне синдрома интоксикации. Симптомокомплекс – это сочетание патогенетически взаимосвязанных синдромов и симптомов, которое встречается при данной нозологической форме в абсолютном большинстве случаев. Несмотря на высокую специфичность, симптомокомплекс данной болезни может быть различным в разные периоды заболевания.

Симптомокомплекс

- Например, при вирусном гепатите симптомокомплекс продромального периода представляет собой сочетание интоксикации, диспепсического, артралгического и некоторых других синдромов, а в желтушном периоде главные проявления болезни обнаруживаются в форме симптомокомплекса, включающего синдром желтухи, гепатолиенальный синдром, иногда синдром холестаза и др.